CONGRÈS SOFCEP

Comment évaluer le risque de cancer du sein avant lipomodelage du sein ?

En 2012, le nombre estimé de nouveaux cas de cancer du sein en France a été de 48 763. Le risque pour une femme d'avoir un cancer du sein est donc non négligeable, et il est important d'évaluer ce risque lorsqu'on envisage une chirurgie esthétique du sein et, singulièrement, un lipomodelage du sein.

→ E. DELAY[1, 2], C. LASSET[1, 3]
[1] Centre Léon-Bérard, LYON.
[2] Cabinet libéral, LYON.
[3] Université Lyon 1, UMR CNRS 5558, VILLEURBANNE.

Carcinogenèse mammaire et facteurs de risque de cancer du sein

Le cancer du sein est une maladie multifactorielle dont le développement est complexe, lié à l'interaction de multiples facteurs environnementaux et génétiques. Les facteurs de risque les plus fréquents montrent le rôle clé des facteurs hormonaux (métabolisme des hormones stéroïdiennes et sexuelles). En revanche, les facteurs de risque les plus fréquents modifient peu le risque individuel de cancer du sein. Les facteurs dits à "haut risque" sont rares – hormis l'âge – mais ils sont intéressants pour nous, plasticiens, car ils peuvent être de nature à modifier le risque individuel et à entraîner une éventuelle coïncidence entre une intervention type lipomodelage du sein et la présence d'un cancer du sein.

Les facteurs de risque (***tableau I***) peuvent être catégorisés en quatre types : les facteurs de risque de cancer du sein sporadique (lié au mode de vie et aux facteurs hormonaux), les facteurs de risque familiaux et/ou génétiques, les facteurs de risque tissulaires (mastopathies à risque) et, enfin, les facteurs de risque radiologiques.

Concernant le lipomodelage du sein, les facteurs de risque familiaux génétiques (prédisposition héréditaire au cancer du sein) et tissulaires (mastopathies à haut risque) **sont les deux facteurs les plus importants à prendre en compte.**

Le facteur de risque principal est l'âge. Aussi, plus la patiente sera âgée, plus le risque de présence d'un cancer du sein au moment du lipomodelage sera élevé. Il est alors essentiel d'avoir **un bilan d'imagerie précis récent** avant l'intervention de lipomodelage pour ne pas réaliser ce geste chez une personne qui aurait un cancer du sein. De fait, ce qu'il faut prendre en compte est **le risque de cancer du sein dans l'année** (cela correspond au risque de coïncidence entre une intervention de lipomodelage et un cancer du sein), et ce risque peut être évalué à (***tableau II***) 1 sur 3 570 à 22 ans, 1 pour 720 à 40 ans, 1 pour 370 à 50 ans, 1 pour 350 à 60 ans et 1 pour 310 à 70 ans. Il est important de connaitre ces 5 chiffres, cela permet de donner un risque approximatif à la patiente. Il est également important que **la patiente sache qu'elle a son propre risque, qui n'est pas augmenté par l'intervention mais n'est pas supprimé par celle-ci.** Cela lui permettra de **comprendre l'importance du bilan préopératoire et du bilan postopératoire de référence à 1 an.**

Parmi les groupes à haut risque de cancer du sein, on note les mastopathies

CONGRÈS SOFCEP

Risque élevé/très élevé RR > 4,0	Risque moyen 2,0 < RR ≤ 4,0	Risque faible 1,1 < RR ≤ 2,0
• Âge élevé • Pays (Amérique du Nord, Europe de l'Ouest) • Mastopathies prolifératives avec **cellules atypiques et ATCD familiaux de CS (cancer du sein)** • ATCD personnels de **CLIS** • ATCD personnels de **CS** • ATCD familiaux de **CS précoce** (2 app. 1er degré avec un cas **< 40 ans**) • **Prédisposition génétique** (gènes majeurs : *BRCA1/2, p53, PTEN*)	• **Densité nodulaire** à mammographie (**> 75 %**) • **Mastopathies prolifératives avec cellules atypiques** • Irradiation thoracique • ATCD familiaux de CS (1 app. 1er degré **< 50 ans**)	• Puberté précoce • Ménopause tardive • Nulliparité • Première grossesse tardive • Absence allaitement • THS • *CO ?* • Obésité postménopausique • Mastopathies prolifératives sans atypie cellulaire • Alcool • Niveau socioéconomique élevé • ATCD familiaux de CS (1 app. 1er degré > 50 ans ou 2e degré) • Polymorphismes gènes mineurs
Rares mais utiles • utiles en prévention "individuelle", → recommandations HAS – mai 2014 ; • impact faible en population.		**Fréquents** • peu utiles en prévention "individuelle" ; • impact en population : expliquent une partie des évolutions temporelles d'incidence.

TABLEAU I : Groupes à risque de cancer du sein.

Risque de cancer du sein dans l'année ++++ (estimation pour incidence France – année 2012)
• 1/3 570 à 22 ans
• 1/720 à 40 ans
• 1/370 à 50 ans
• 1/350 à 60 ans
• 1/310 à 70 ans

TABLEAU II : Le facteur de risque principal : l'âge +++.

prolifératives avec cellules atypiques et antécédents familiaux de cancer du sein, les antécédents personnels de cancer lobulaire *in situ*, les antécédents personnels de cancer du sein et les antécédents familiaux de cancer du sein précoce chez les apparentés de premier degré et, enfin, les prédispositions génétiques comme les mutations *BRCA1* et *BRCA2*, les mutations *p53* ou *PTEN* (l'ensemble de ces facteurs donne un risque relatif supérieur à 4). Parmi les risques "moyens" (risque relatif compris entre 2 et 4), on note la densité nodulaire étendue à la mammographie, les mastopathies prolifératives avec cellules atypiques sans antécédents familiaux, l'irradiation thoracique (le plus souvent à visée thérapeutique) et les antécédents familiaux de cancer du sein avec un apparenté de premier degré de moins de 50 ans (***tableau I***).

Comment évaluer le risque de cancer du sein ?

Le risque de cancer du sein peut être évalué principalement par l'interrogatoire, à un degré moindre : l'examen clinique et la radiologie.

L'interrogatoire est l'élément fondamental permettant d'évaluer le risque de cancer du sein. Il permet de rechercher les antécédents personnels et familiaux de cancer du sein, la présence de plusieurs cas de cancer du sein dans une famille, surtout la présence d'un cancer du sein chez une femme très jeune, élément très évocateur d'un haut risque de cancer du sein d'origine génétique. L'examen clinique permet d'évaluer la densité mammaire, une très forte densité mammaire pour l'âge considéré étant un facteur de risque de cancer du sein. Enfin, la radiologie aide à évaluer la densité mammaire, et permet de rechercher les lésions à haut risque. En pratique, lors de la consultation, il convient d'éliminer un très haut risque mammaire personnel et d'identifier un risque familial de cancer du sein. Pour identifier ce risque familial de cancer du sein, on recherche un éventuel cancer du sein chez les apparentés du premier et second degrés de la patiente. **Il faut relever les localisations cancéreuses au niveau des seins et des ovaires, et connaître l'âge au diagnostic de chaque cancer.**

Il faut appliquer ensuite le calcul du score familial (*tableau III*) en additionnant les différents chiffres correspondant aux cancers observés. Si le score est supérieur ou égal à 5, il s'agit d'une excellente indication de consultation en oncogénétique car il est hautement probable qu'un risque génétique soit retenu, et il s'agit alors d'une contre-indication au lipomodelage et à une chirurgie esthétique d'augmentation du sein. Si le score est à 3 ou 4, il s'agit d'une indication de consultation oncogénétique, mais une prédisposition héréditaire est moins probable ; dans ce cas, le risque est à discuter avec la patiente : il s'agit d'une contre-indication relative qui fera l'objet d'une

CAS CLINIQUE

Pour illustrer une telle situation, nous proposons un cas clinique. Il s'agit d'une patiente de 37 ans, sans antécédents familiaux de cancer du sein. Elle a consulté pour une demande d'augmentation mammaire. À son âge, le risque de développer un cancer du sein est évalué à environ 1 pour 750 dans l'année. Une imagerie a été faite, retrouvant une lésion évocatrice de fibroadénome du quadrant supéro-interne classée ACR2 par le radiologue.

Lors de l'intervention d'augmentation mammaire, le chirurgien plasticien a tout de même réalisé l'exérèse de cette lésion d'allure bénigne, et l'histologie définitive a mis en évidence un cancer triple négatif du sein droit. Une chimiothérapie est en cours, et la patiente nous a été adressée pour avis car il s'agissait d'un cas délicat.
En effet, se posait la question de la conduite à tenir car la lésion n'avait pas été enlevée avec des marges suffisantes : fallait-il faire une mastectomie ou un traitement conservateur ? Faut-il garder la plaque aréolo-mamelonnaire ? Faut-il faire une reconstruction immédiate ? Telles étaient les questions soulevées avec leurs réponses délicates. La ***figure 1*** montre l'emplacement de la lésion, et l'on comprend la situation délicate d'une patiente à traiter pour un cancer du sein, alors que le beau résultat de son augmentation mammaire peut être perturbé sévèrement par la thérapeutique avec des conséquences psychologiques potentielles.

Si l'on analyse ce cas clinique, les éléments suivants pourraient être discutés : d'abord la classification ACR2. S'agissant d'une lésion récente, le radiologue ne pouvait pas affirmer la nature ACR2 (nature bénigne obligatoire), et aurait dû classer la lésion en ACR3

FIG. 1 : Patiente de 37 ans, cancer à la partie haute de la jonction des quadrants supérieurs du sein droit.

(lésion à contrôler 4 à 6 mois plus tard). Or, comme une chirurgie était envisagée, une microbiopsie était alors nécessaire avant l'intervention. **Il ne faut opérer que le ACR1 ou ACR2 formels.** Si on a un doute, c'est-à-dire **si une lésion est classée ACR3, il convient de réaliser une microbiopsie** pour être sûr de la nature bénigne de la lésion, d'où l'intérêt de travailler avec un **radiologue qui connaît notre travail, ses exigences et contraintes et le risque de coïncidence avec un cancer du sein.**

Comment suspecter un risque héréditaire ?

Additionner les poids respectifs de chaque cas de cancer observé dans le compartiment familial retenu (paternel ou maternel)

Cancers observés	"Poids"
Cancer du sein chez une femme ≤ 30 ans	4
Cancer du sein chez un homme	4
Cancer du sein chez une femme de 30-40 ans	3
Cancer de l'ovaire	3
Cancer du sein chez une femme de 40-50 ans	2
Cancer du sein chez une femme de 50-70 ans	1

Score ≥ 5 :	Excellente indication de C ➔ risque retenu ➔ **CI lipomodelage**
Score = 4 ou 3 :	Indication possible de C ➔ risque à discuter ➔ **Prudence CI relative**
Score ≤ 2 :	Utilité médicale faible ➔ absence de risque ➔ **Pas de CI**

TABLEAU III : Calcul du score familial pour évaluer le risque oncogénétique.

discussion avec la patiente et éventuellement avec son gynécologue. Enfin, si le score est inférieur ou égal à 2, l'utilité médicale d'une consultation oncogénétique est faible, et on considère ici qu'il y a absence de prédisposition héréditaire. Il n'y a donc pas de contre-indication au lipomodelage du sein, ou à une augmentation mammaire esthétique.

En cas de mutation *BRCA1* ou *BRCA2*, le risque évalué de cancer du sein sur la vie est élevé : de l'ordre de 70 % pour *BRCA1* (environ 3 % par an, donc 3 % de risque de coïncidence si intervention) et 45 % pour *BRCA2*. En cas de mutation *BRCA1* ou *BRCA2*, on doit prendre en charge ce risque de cancer du sein, avec deux options proposées :
– soit le dépistage avec palpation clinique 2 à 3 fois par an et mammographie, échographie et IRM annuelles à partir de 30 ans ;

CONGRÈS SOFCEP

– ou la **mastectomie bilatérale prophylactique avec reconstruction immédiate. Cette situation est évidemment bien différente d'une chirurgie esthétique du sein.** Cela doit se faire dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire validée en RCP oncogénétique avec information complète de la patiente sur les bénéfices, risques, alternatives possibles, et après consultation auprès d'un onco-psychologue.

En pratique

Toute **patiente a son propre risque de développer un cancer du sein.** La patiente doit être consciente de ce risque, et **nous conseillons volontiers de donner un chiffre en consultation en rapport avec son âge, ce qui la sensibilise au risque et lui permet de comprendre** pourquoi elle doit se soumettre aux examens préopératoires et aux examens de référence à 1 an.

Lors de la consultation, on évalue le risque "oncogénétique". **Si la patiente est considérée à haut risque de cancer du sein, il s'agit d'une contre-indication au lipomodelage ou à toute autre chirurgie d'augmentation mammaire, et il convient de demander un avis spécialisé en oncogénétique. La contre-indication peut toutefois être levée si, à l'issue du bilan oncogénétique, la patiente est reconnue non porteuse du gène *BRCA* muté qui avait été identifié dans sa famille.**

Le lipomodelage ne semble pas augmenter le risque de développer un cancer du sein. Des arguments plaident plutôt pour une réduction du risque, mais des études complémentaires avec des effectifs importants seront nécessaires pour confirmer ce fait.

Le problème est principalement d'éviter une coïncidence avec un cancer du sein en cours ou en début d'évolution. Cela souligne l'importance du travail conjoint avec un(e) **radiologue sénologue qui est le véritable filet de sécurité du chirurgien plasticien.** Il (elle) doit fournir une classification ACR précise, sans doute ou incertitude, et engager sa responsabilité sur l'absence de contre-indication à une chirurgie d'augmentation par lipomodelage.

Conclusion

Avant d'envisager un lipomodelage du sein, ou une intervention de chirurgie esthétique du sein, **il faut considérer le risque de cancer du sein. Ce risque est surtout évalué par l'interrogatoire** et par les antécédents personnels et familiaux de la patiente.

En pratique ?

- Chaque patiente a son propre risque de développer un cancer du sein ++++.
- Elle doit en être consciente ++ (lui donner chiffre pour âge).
- Évaluer ce risque en consultation
  → **si haut risque : CI lipomodelage et demander un avis spécialisé en oncogénétique.**

ENCADRÉ 1.

En cas de risque oncogénétique élevé, une consultation spécialisée en oncogénétique sera nécessaire.

Enfin, il faut souligner **l'importance du travail du radiologue sénologue** qui, connaissant ce travail, peut évaluer de façon précise le risque mammaire et réaliser une microbiopsie de toute lésion dont il ne pourrait affirmer la bénignité (***encadré 1***).

Pour en savoir plus

- DELAY E, SINNA R, DELAPORTE T *et al.* Patient information before aesthetic lipomodeling (Lipoaugmentation): a French Plastic surgeon's perspective. *Aesth Surg J*, 2009;29:386-395.
- DELAY E, GARSON S, TOUSSOUN G *et al.* Fat injection to the breast: technique, results, and indications based on 880 procedures over 10 years. *Aesth Surg J*, 2009;29: 360-376.
- Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. Recommandations de santé publique, HAS, 2014. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage
- Cancer du sein : quelles modalités de dépistage, pour quelles femmes ? INCA 2014. http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cancer-du-sein-quelles-modalites-de-depistage-pour-quelles-femmes

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.